



TITLE:

排尿障害を呈さず診断に苦慮した巨大前立腺癌の1例

AUTHOR(S):

黒川, 孝志

CITATION:

黒川, 孝志. 排尿障害を呈さず診断に苦慮した巨大前立腺癌の1例. 泌尿器科紀要 2009, 55(12): 769-771

ISSUE DATE:

2009-12

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/89685>

RIGHT:

許諾条件により本文は2011-01-01に公開

排尿障害を呈さず診断に苦慮した 巨大前立腺癌の1例

黒川 孝志
津島市民病院泌尿器科

A CASE OF GIANT PROSTATE CARCINOMA DIFFICULT TO DIAGNOSE BECAUSE OF ABSENCE OF URINARY DIFFICULTY

Takashi KUROKAWA

The Department of Urology, Tushima Munisipal Hospital

A 76-year-old man who had been suffering from bilateral leg edema and lower abdominal distension since June 2008, consulted our hospital. The computed tomography revealed a giant pelvic mass with a high value of prostate specific antigen. A transrectal prostatic biopsy was performed and the histopathological diagnosis was poorly differentiated adenocarcinoma of prostate. The clinical stage was D2 with multiple lung metastases but no bone metastasis. After 3 months of multiple androgen blockade (MAB), the multiple lung metastases disappeared. MAB is being continued.

(Hinyokika Kiyo 55 : 769-771, 2009)

Key words : Giant prostate carcinoma, Intrapervic tumor

緒 言

近年、前立腺癌はあきらかに増加傾向にある。しかし、腹壁から触知可能なほど巨大な前立腺癌の報告は少ない。今回、排尿障害を自覚されなかったため診断に苦慮した多発肺転移を有する巨大前立腺癌の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

患者：76歳，男性

既往歴：開腹胆嚢摘出術（60歳），小脳出血（71歳），高血圧症（71歳）

現病歴：2008年6月頃より両下肢の浮腫，腹部膨満感を自覚したが放置していた。同年7月に入り近医にて臍下腹壁に触知する腫瘤を指摘され7月3日当院消

化器内科受診した。CT（Fig. 1）では骨盤内に巨大な腫瘤（14×11×12 cm）が認められた。大腸ファイバーなどではとくに消化管には異常は認められず8月20日当院外科へ紹介され，同月25日入院となった。

入院時現症：身長165.1 cm，体重59.2 kg，血圧136/69 mmHg，脈拍69/min 整，体温37.0度，触診では下腹部に可動性の乏しい弾性硬の腹壁腫瘤を触知した。

画像所見：CTにて巨大骨盤内腫瘤，多発肝のう胞を認めた。MRI（Fig. 2）では，内部不均一な巨大骨盤内腫瘤を認めるものの通常の前立腺は同定出来なかった。また傍大動脈リンパ節には明らかな腫大を認めず，骨シンチでも特に異常な集積は認めなかった。



Fig. 1. Pelvic CT displayed the giant tumor with heterogeneous contents.



Fig. 2. Pelvic MRI displayed the giant tumor with heterogeneous contents. It was impossible to make a diagnosis as prostate carcinoma (T2).

入院時検査所見：Hb 8.7, Ht 27.1, RBC 371×10^4 と若干の貧血を認める以外には特に異常は認められなかった。

入院経過：外科入院後、再度、巨大な骨盤内腫瘍に対する原発精査が施行され、消化管由来や GIST (gastrointestinal stromal tumor: 消化管間葉性腫瘍) などは否定的と判断された。9月10日施行の胸部 CT (Fig. 3) では、転移性と判断される多発肺腫瘍が認められた。9月11日血清 PSA 値が 19,392.0 ng/ml と高値であったため前立腺癌精査のため泌尿器科に転科となった。特に排便、排尿障害は自覚されず、直腸診では腫瘍の触診所見は弾性硬であった。9月18日経直腸的に前立腺生検を施行した。病理組織結果は、前立腺癌低分化型、Gleason score 4+5=9 であった (Fig. 4)。以上より前立腺癌 T4N0M1c, stage D2 と診断した。PSは1であった。

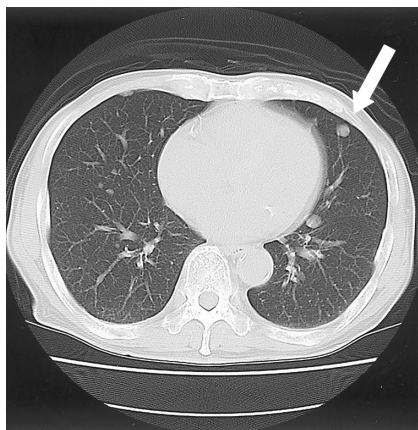


Fig. 3. Lung CT displayed multiple coin lesions. These lesions were diagnosed as metastatic tumors.

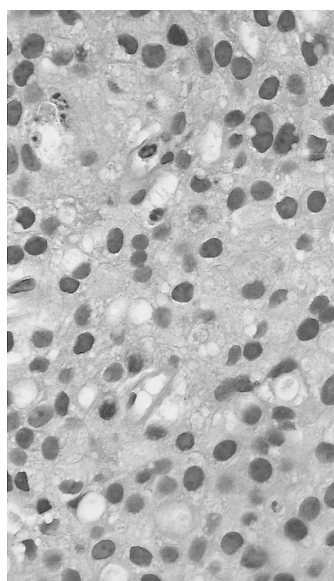


Fig. 4. The histopathological diagnosis was prostatic cancer (HE staining, $\times 400$).



Fig. 5. Three months after MAB was performed, the pelvic tumor disappeared.

治療経過：2008年9月12日から bicalutamide 80 mg/day を服用開始。9月25日からは leuprorelin acetate 11.25 mg も開始した。血清 PSA は、2009年2月10日現在、8.204であり、CT 上骨盤内腫瘍は、縮小 (Fig. 5) し、肺転移は消失している。

考 察

骨盤内の巨大腫瘍は、GIST、悪性リンパ腫、神経原性腫瘍など様々な疾患に由来するが、きわめて稀に前立腺原発癌が巨大な腫瘍となることや、前立腺癌のリンパ節転移が腫大して骨盤内の巨大腫瘍を呈する場合は報告されている。「巨大前立腺癌」に対する定義は、今回文献検索した範囲ではいまひとつ明らかなではなかったが、比較的多くの報告が「腹壁上から触知可能な」腫瘍を「巨大」として報告していた。

腹壁上から触知しえるほどの骨盤内巨大腫瘍を呈する前立腺癌¹⁾には、文献的には、1) 原発性の腫瘍、2) 転移したリンパ節による腫瘍の二通りがあり、前者には三枝ら²⁾ (2001) の18例 (本邦11例) の報告が、また後者には永吉ら³⁾ (1997) や原ら⁴⁾ (2004) の報告がある。今回検索しえた範囲では、骨盤内巨大腫瘍を呈した原発性前立腺癌としては、本症例は増榮ら⁵⁾の報告に加えて本邦15例目^{5~14)}となる。

本症例の場合、当初骨盤内腫瘍が前立腺由来であることは念頭に置かれておらず確定診断までに時間を要する結果となった。その理由としては、1) 自覚症状として排尿障害を伴っておらず、かつ、2) MRI, CT においても通常の部位には前立腺をはっきりとは確認、同定出来なかったこと、また、3) 前立腺癌がそのリンパ節転移をふくめて腹壁から触知出来るほどに巨大となることが稀であることなどから当科への紹介が遅れて診断の遅延を招いたことが推察される。MRI で認められる巨大腫瘍内部の大小の結節を前立腺由来として判別、同定することは判断しにくいと考

えられた。

骨盤内巨大腫瘍が前立腺癌原発そのものなのか転移リンパ節によるものなのかについては一定の見解ははっきりとはしていない。本症例においては腹部大動脈周囲などあきらかなリンパ節の腫大を認めないことや閉鎖領域をはじめとして左右別々に腫瘍が形成、増大している所見が認めにくいことから巨大骨盤内腫瘍は前立腺原発と判断した。

本邦報告例のすべてで現病歴が詳記されているわけではないので、十分な評価には一定の限界があるが、主訴としての排尿障害の有無、当科受診までの経緯という2つの観点から巨大骨盤内腫瘍を呈した前立腺癌診断の難渋さについて以下検討を加え考察した。本邦報告15例のうち、主訴として排尿障害を認めなかった例は、本症例を含めて4例であった。排尿障害を主訴としなかった4例のうち本症例を除いた3例について近医、他科および泌尿器科などの何らかの医療機関を初診してから前立腺生検を経て内分泌治療（15例全例が内分泌療法を施行されていた）に至るまでに必要とした期間については、1) 両下肢の浮腫、腹部腫瘍を主訴とした宮島ら⁷⁾の症例は、近医初診から確定診断までに約3週間、2) 肺転移に伴う胸痛を主訴とした宮里ら⁸⁾の症例でははっきりとした記載がなく所要期間不明、3) 結果的に鼠径ヘルニアであった鼠径部腫瘍を主訴とした井上ら⁹⁾の報告では、近医初診から当科的診断、治療に至るまでに半年以上を要しており、本症例と同様かなり難渋した結果であった。したがって、記載の明らかな3例のうち2例が確定診断までに長期間を要していた。

他方、排尿障害を主訴とした11例のうち記載のはっきりとしている7例では、初診した医療機関受診から内分泌療法開始までの期間は、最短で約2週間、最長では約1カ月を超えている結果となった。加えて、泌尿器科受診から治療開始までの期間を検討すると、この7例については、最短で10日、最長は29日、平均22.4日であった。したがって、骨盤内巨大腫瘍を前立腺由来と診断することはかなり時間を必要とするが泌尿器科受診後には比較的早期に治療が開始され得ることがうかがえる結果となった。

初診した医療機関に関しては、排尿障害を主訴とした9例中3例（尿閉、乏尿）が、受診経路として近医、他科を経由せず直接に泌尿器科を初診していた。以上から排尿障害を有する場合には近医あるいは他科から泌尿器科への紹介が容易、かつ速やかとなり得ること、一方で排尿障害を呈していない例では、当科的検索が後手となり、確定診断までに時間が必要となる可能性が示唆された。

原発性巨大前立腺癌は、当然のことながら男性の巨大骨盤内腫瘍としてGISTをはじめ肉腫、膿瘍、リン

パ種および転移性腫瘍などとの鑑別を必要とし場合によっては本症例のように確定診断に時を要する場合もあり得ることが危惧される。前立腺癌が本報告のように巨大となることは稀である。しかし、その存在も念頭には置いておくべきであると考えられ、本邦報告例の今回の検討から排尿障害の有無に関わらず50歳以上の男性の骨盤内腫瘍に関しては家庭医や他科初診時においても積極的にPSA検索を実施することが改めて必要であると考えられた。

結 語

下肢の浮腫、下腹部腫瘍を主訴とし、排尿障害を自覚されなかったため診断に苦慮した多発肺転移を有する巨大前立腺癌の1例を経験したので報告した。

文 献

- 1) Woodhouse CRJ and ODonoghue EPN: Massive prostate carcinoma in Negroe. *J Urol* **55**: 312-314, 1983
- 2) 三枝道尚, 高尾 彰, 真鍋大輔, ほか: 巨大前立腺癌の1例. *西日泌尿* **63**: 561-566, 2001
- 3) Nagayoshi J, Kawakami T and Maruyama Y: A case of prostate cancer presenting as a symptomatic abdominal mass. *Acta Urol Jpn* **43**: 751-754, 1977
- 4) 原 一正, 中西寿朗, 宇土 巖: 巨大な腹部腫瘍を形成した前立腺癌の1例. *西日泌尿* **66**: 555-560, 2004
- 5) 増栄成泰, 長谷川義和: 内分泌療法が奏功した巨大前立腺癌の1例. *泌尿紀要* **53**: 133-135, 2007
- 6) 藤本佳則, 山羽正義, 前田真一, ほか: 巨大前立腺癌の1治療例. *泌尿紀要* **30**: 925-929, 1984
- 7) 宮島 哲, 池内幸一: 巨大前立腺癌の1例. *泌尿紀要* **41**: 683-685, 1995
- 8) 宮里義久, 大城 清: 胸痛を主訴に発見された巨大前立腺癌の1例. *泌尿器外科* **11**: 1100, 1998
- 9) 井上真吾, 佐口 徹, 小泉 潔, ほか: 鼠径ヘルニアで発見された巨大前立腺癌の1例. *臨放線* **44**: 537-540, 1999
- 10) 駒井好信, 漆原正泰, 森本信二, ほか: 頸部リンパ節転移をきたした巨大前立腺癌. *臨泌* **58**: 1031-1034, 2004
- 11) 川嶋秀紀, 坂本 亘, 西島高明, ほか: Estracytが奏功した巨大前立腺癌の1例. *泌尿紀要* **33**: 1128-1131, 1987
- 12) 西嶋由貴子, 真鍋文雄, 根本真一, ほか: 骨盤内臓全摘術を施行した巨大な前立腺癌の1例. *泌尿器外科* **4**: 645-648, 1991
- 13) 高橋康一, 加野資典: 巨大前立腺癌の1例. *西日泌尿* **55**: 258-262, 1993
- 14) 瀬野康之, 井上省吾, 林 哲太郎, ほか: 巨大前立腺癌の1例. *松山赤十字病医誌* **30**: 39-43, 2005

(Received on February 20, 2009)

(Accepted on July 3, 2009)